

Brochure n° 3215

Convention collective nationale

IDCC : 1267. – PÂTISSERIE

AVENANT N° 87 DU 15 NOVEMBRE 2017
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1851057M

IDCC : 1267

Entre :

CNAPCCGTE,

D'une part, et

CSFV CFTC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les représentants professionnels et les organisations syndicales de salariés soussignées décident de faire évoluer le régime complémentaire de frais de soins de santé afin d'être en conformité :

- avec l'article 77 de la LFSS 2017 modifiant l'article L. 871-1 du CSS : la notion de « contrat d'accès aux soins » (CAS) est remplacée par une dénomination générique faisant référence aux « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » prévue par la convention médicale signée le 25 août 2016 ;
- avec les dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques.

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés bénéficiaires d'une garantie collective de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré. L'article 1^{er} du décret du 30 août 1990 prévoyait que les tarifs ne pouvaient être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifie cette tarification en organisant un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur 3 ans.

Le présent avenant a pour objet de :

- mettre en conformité, le tableau des garanties frais de soins de santé décrit dans l'article 57 de la convention collective nationale de la pâtisserie : la notion de « CAS est remplacée par « DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) ;
- modifier partiellement l'article 61 « cessation des garanties » de la convention collective nationale de la pâtisserie.

Article 1^{er}

Modification de l'article 57 « Garanties »

À effet du 1^{er} octobre 2017, le tableau des garanties visé à l'article 57 est supprimé et remplacé par le tableau ci-après :

(Voir tableaux pages suivantes.)

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE (1) | |
|--|---|------------------|
| | CONVENTIONNÉ | NON CONVENTIONNÉ |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | 250% BR | |
| Forfait hospitalier engagé | 100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur | |
| Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires | 300% BR Médecins adhérents au DPTM(*) 200% BR Médecins NON adhérents au DPTM (*) | |
| Chambre particulière (2) | 80€ par jour | |
| Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) | 25€ par jour | |
| Transport remboursé SS | 100% BR | |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (consultations et visites) | 200% BR Médecins adhérent au DPTM(*) 130% BR Médecins NON adhérents au DPTM(*) | |
| Spécialistes (consultations et visites) | 250% BR Médecins adhérent au DPTM(*) 200% BR Médecins NON adhérents au DPTM(*) | |
| Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) | 200% BR Médecins adhérent au DPTM(*) 150% BR Médecins NON adhérents au DPTM(*) | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) | 200% BR Médecins adhérent au DPTM(*) 150% BR Médecins NON adhérents au DPTM(*) | |
| Auxiliaires médicaux | 110% BR | |
| Analyses | 110% BR | |
| Actes médicaux non remboursé SS | | |
| Densitométrie osseuse | Crédit de 80,00 euros par année civile | |
| Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) | Crédit de 1 500,00 euros par année civile | |
| Médecines douces non remboursée SS | | |
| Acupuncture, chiropractie, ostéopathie et phytothérapie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée) | 45,00 euros par acte limité à 4 actes par année civile | |
| Pharmacie remboursée SS | | |
| Pharmacie | 100% BR | |
| Pharmacie non remboursée SS et médecine hors nomenclature | | |
| Vaccins anti-grippe | 100% de la BR à titre d'acte de prévention (voir (4)) | |
| Sevrage tabagique | Crédit de 80,00 € par année civile | |
| Contraception prescrite | Crédit de 80,00 euros par année civile | |

| | |
|--|--|
| Appareillages remboursés SS | |
| Prothèses auditives | 100% BR + Crédit de 1200,00 euros par année civile |
| Orthopédie | 100% BR + Crédit de 600,00 euros par année civile |
| Autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs) | 100% BR + Crédit de 600,00 euros par année civile |
| Dentaire remboursé SS | |
| Soins dentaires (hors inlay simple, onlay) | 100% BR |
| Inlay simple, Onlay | 420% BR |
| Prothèses dentaires | 420% BR |
| Inlay core et inlay à clavettes | 330% BR |
| Orthodontie | 250% BR |
| Dentaire non remboursé SS | |
| Parodontologie | Crédit de 200,00 euros par année civile |
| Prothèses dentaires (3) | 300% BR |
| Implants dentaires (4) | Forfait de 1000,00 euros par implant, limité à 3 implants par année civile |
| Orthodontie | 300% BR |
| Optique | |
| <p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>*La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165-1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p> | |
| Monture | RSS + 150,00 euros |
| Verres (5) | RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre |
| Lentilles acceptées par la SS | 100% BR + Crédit de 200,00 euros par année civile |
| Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables) | Crédit de 200,00 euros par année civile |
| Cure thermale remboursée SS | |
| Frais de traitement et honoraires | 100% BR |
| Frais de voyage et hébergement | Forfait de 250,00 euros |
| Maternité et adoption | |
| Naissance déclarée | Forfait de 300,00 euros par enfant |
| Fécondation in vitro | Crédit de 300,00 euros par année civile |
| Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006. | |
| Ensemble des actes de prévention (6) | 100% BR |

ABRÉVIATIONS :

SS : Sécurité sociale ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement ; FR : Frais réels engagés par l'assuré ; BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

(*) DPTM : Dispositif de Pratique tarifaire Maîtrisée :

- CAS (contrat d'accès aux soins),
- OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée)
- OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

- (1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire
- (2) Dans la limite de soixante (60) jours en hospitalisation médicale ou chirurgicale, et de quatre-vingt-dix (90) jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique. En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base du tarif de convention ou prix unitaire selon la nomenclature Sécurité sociale des actes.
- (3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :
 - Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
 - Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
 - Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.
- (4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (5) Grille Optique :

| Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP | UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX | Avec/Sans Cylindre | SPHERE | Montant en € par verre |
|--|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté | UNIFOCAUX | Sphérique | de -6 à +6 | 90 € |
| 2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 150 € |
| 2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | 150 € |
| 2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | 90 € |
| 2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 150 € |
| 2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | 150 € |
| 2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 150 € |
| 2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | 200 € |
| 2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté | | | < à - 4 ou > à +4 | 320 € |
| 2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté | | Tout Cylindre | de - 8 à +8 | 200 € |
| 2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | 320 € |
| Enfant (<18 ans) Code LPP | UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX | Avec/Sans Cylindre | SPHERE | Montant en € par verre |
| 2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté | UNIFOCAUX | Sphérique | de -6 à +6 | 90 € |
| 2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 150 € |
| 2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | 150 € |
| 2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | 90 € |
| 2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 150 € |
| 2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | 150 € |
| 2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 150 € |
| 2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | 200 € |
| 2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté | | | < à - 4 ou > à +4 | 300 € |
| 2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté | | Tout Cylindre | de - 8 à +8 | 200 € |
| 2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | 300 |

- (6) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
 - Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans
 - Dépistage de l'hépatite B
 - Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
 - Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
 - Vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Pour toutes les dispositions ci-dessus, l'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

Article 2

Modification de l'article 61 « Cessation des garanties »

À effet du 1^{er} juillet 2017, les dispositions de l'article 61 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour le salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 60 ci-dessus, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture ait été acquittée, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement disposent d'un délai de 6 mois à compter de la cessation de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les 6 mois à compter de la fin de la période de portabilité visée par l'article 60 ci-dessus, pour demander à bénéficier du maintien de la garantie. La garantie prendra alors effet au plus tôt le lendemain de la cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, au plus tôt à l'issue de la période de prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Afin de garantir une solidarité entre salariés et anciens salariés, notamment une solidarité intergénérationnelle par la mutualisation des cotisations des anciens salariés avec celles des salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est fixée comme suit :

- la première année, la cotisation est égale à la cotisation (part patronale et salariale) dont ils s'acquittaient lorsqu'ils étaient en activité (définie à l'article 62 de la convention collective nationale de la pâtisserie) ;
- la deuxième année, la cotisation est fixée à 125 % de la cotisation des salariés actifs ;
- la troisième année, la cotisation est fixée à 150 % de la cotisation des salariés actifs.

Article 3

Dépôt. – Extension

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (livre deuxième de la partie II).

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

La confédération nationale des artisans pâtissiers chocolatiers, confiseurs glacières, traiteurs de France, 31, rue Marius-Aufan, 92309 Levallois-Perret Cedex se charge des formalités nécessaires.

Fait à Paris, le 15 novembre 2017.

(Suivent les signatures.)